

מדינת ישראל
משרד החינוך
המינהל הפדגוגי
אגף א' לחינוך מיוחד

תאריך: _____

משרד החינוך, מחוז: _____

שם המסגרת החינוכית: _____

ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

אנו הורי התלמיד/ה _____ תעודת זהות _____

מאשרים לצוות החינוכי/טיפולי העובד ישירות עם בני/בתי למסור מידע שבתחום מומחיותו, לגורמי המקצוע המטפלים בבני/בתי, מחוץ למסגרת החינוכית שלעיל ולקבל מידע מהם. אלה הגורמים:

- רווחה
- בריאות
- מסגרות חינוך אחרות
- שרות פסיכולוגי
- אחר.....

אני החתומה/מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותו אודות בנו/בתנו, כמפורט להלן:

- לימודי
- חינוכי
- טיפולי
- אחר.....

שם האם _____, ת.ז. _____, חתימה _____

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____